



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان اردبیل

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترا

عنوان:

بررسی دوازده ساله تب روماتیسمی حاد در بیماران بستری در

بیمارستان های بوعلی و علی اصغر (ع) از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۴

استاد راهنما:

دکتر فرهاد صالح زاده

اساتید مشاور:

دکتر شهرام حبیب زاده

دکتر حسین دوستکامی

نگارش:

مریم دست برهان

تاریخ انجام پایان نامه:

تابستان ۸۵

شماره پایان نامه: ۰۲۴۲

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Abbreviations:

علايم اختصاری

ACE	Angiotensin converting Enzyme
ANA	Anti Nuclear Antibody
AR	Aortic Regurgitation
ARF	Acute Rheumatic Fever
AS	Aortic Stenosis
ASO	Anti – Streptolysin O
BT	Body Temperature
CHF	Congestive Heart Failure
CP	Cerebral Palsy
CRP	C-Reactive Protein
CT Scan	Computerized Tomography Scan
DNAaseB	Deoxyribonuclease B
ECG	Electro Cardio Graphy
ELISA	Enzyme – Linked Immuno Sorbent Assay
ESR	Erythrocyte Sedimentation Rate
HLA	Human Leukocyte Antigen
HR	Heart Rate
IL	Interleukin
IVIG	Intra Venous Immuno Globulin
JRA	Juvenile Rheumatoid Arthritis
MR	Mitral Regurgitation
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MS	Mitral Stenosis
NSAIDS	Non – Steroidal Anti- Inflammatory Drugs
PCR	Polymerase chain Reaction
PSRA	Post Streptococcal Reactive Arthritis
RF	Rheumatic Fever
RHD	Rheumatic Heart Disease
SICAM	Soluble Intra Cellular Adhesion Molecule
SLE	Systemic Lupus Erythematosus
Spe's	Streptococcal pyrogenic Exotoxins
TNF	Tumor Necrosis Factor
TR	Tricuspid Regurgitation
UPE	Unilateral pulmonary Edema

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	خلاصه فارسی
۲	تعریف واژه‌ها
۳	مقدمه

فصل اول: کلیات

۵	۱-۱- اهداف پژوهش
۵	۱-۱-۱- هدف کلی
۵	۱-۱-۲- اهداف اختصاصی
۵	۱-۱-۳- هدف کاربردی
۶	۲-۱- سؤالات پژوهش

فصل دوم: بررسی متون

۷	۱-۲- مقدمه
۸	۲-۲- اتیولوژی
۱۰	۳-۲- اپیدمیولوژی
۱۵	۴-۲- پاتوژنز
۱۷	۵-۲- میکروبیولوژی
۲۰	۶-۲- میزبان مستعد
۲۲	۷-۲- مکانیسم‌های صدمات بافتی
۲۳	۸-۲- پاتولوژی
۲۷	۹-۲- تظاهرات بالینی
۲۹	۱-۹-۲- کرایتریاهای مازور
۲۹	۱-۱-۹-۲- پلی آرتریت مهاجر
۳۱	۲-۱-۹-۲- کاردیت
۳۶	۳-۱-۹-۲- کره سیدنهام
۳۹	۴-۱-۹-۲- اریتم مارژیناتوم
۴۰	۵-۱-۹-۲- ندول‌های زیرجلدی
۴۱	۲-۹-۲- کرایتریاهای مینور

۴۱	..... ۲-۹-۱- کرایتریاهای مینور بالینی
۴۱	..... ۲-۹-۲- کرایتریاهای مینور آزمایشگاهی
۴۳	..... ۲-۱۰- تست‌های تشخیصی عفونت استرپتوکوکی گلو
۴۶	..... ۲-۱۱- یافته‌های رادیولوژیک
۴۷	..... ۲-۱۲- یافته‌های الکتروکاردیوگرافی (ECG)
۴۷	..... ۲-۱۳- یافته‌های اکوکاردیوگرافی
۴۸	..... ۲-۱۴- تشخیص‌های افتراقی
۵۳	..... ۲-۱۵- درمان
۵۴	..... ۲-۱۶- ریشه‌کن‌سازی استرپتوکوک و پروفیلاکسی
۵۷	..... ۲-۱۶-۱- درمان‌کاردیت
۵۹	..... ۲-۱۶-۲- درمان‌آرتریت
۶۱	..... ۲-۱۶-۳- درمان‌کره‌سیدنهام
۶۲	..... ۲-۱۷- عوارض
۶۳	..... ۲-۱۸- پروگنوز

فصل سوم: مواد و روش‌ها

۶۵	..... ۳-۱- نوع مطالعه
۶۵	..... ۳-۲- جامعه مورد مطالعه
۶۵	..... ۳-۳- روش‌های گردآوری اطلاعات و حجم نمونه
۶۶	..... ۳-۴- روش‌های آماری
۶۷	..... ۳-۵- نمونه پرسشنامه

فصل چهارم: نتایج

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۰۳	..... پیشنهادات
۱۰۴	..... خلاصه انگلیسی
۱۰۵	..... فهرست منابع و مآخذ

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی بیماران برحسب سن	۶۹
جدول ۲-۴: توزیع فراوانی بیماران در سال‌های مورد مطالعه بر حسب جنس	۷۰
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی بیماران در ماه‌ها و فصل‌های مورد مطالعه	۷۱
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی شکایت اصلی بیماران برحسب جنس	۷۲
جدول ۵-۴: توزیع فراوانی تظاهرات بالینی (براساس معیارهای ماژور جونز) برحسب جنس	۷۳
جدول ۶-۴: توزیع فراوانی تظاهرات بالینی (براساس معیارهای ماژور جونز) برحسب سن	۷۴
جدول ۷-۴: توزیع فراوانی ریت قلب در بیماران برحسب جنس	۷۵
جدول ۸-۴: توزیع فراوانی مقادیر PR اینتروال برحسب جنس	۷۶
جدول ۹-۴: توزیع فراوانی درگیری مفاصل در بیماران مورد مطالعه برحسب جنس	۷۷
جدول ۱۰-۴: توزیع فراوانی نتایج کشت گلو بر حسب جنس	۷۸
جدول ۱۱-۴: توزیع فراوانی تیتراژ ASO بر حسب جنس	۷۹
جدول ۱۲-۴: توزیع فراوانی مقادیر CRP بر حسب جنس	۸۰
جدول ۱۳-۴: توزیع فراوانی تیتراژ ASO براساس تظاهرات بالینی	۸۱
جدول ۱۴-۴: توزیع فراوانی مقادیر ESR برحسب جنس	۸۲
جدول ۱۵-۴: توزیع فراوانی مقادیر ESR براساس تظاهرات بالینی	۸۳
جدول ۱۶-۴: توزیع فراوانی مقادیر درجه حرارت بدن بر حسب جنس	۸۴
جدول ۱۷-۴: توزیع فراوانی درگیری دریچه‌ای بر حسب جنس	۸۵

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

- نمودار شماره (۱-۴): توزیع فراوانی بیماران برحسب جنس..... ۸۷
- نمودار شماره (۲-۴): توزیع فراوانی بیماران برحسب سن ۸۷
- نمودار شماره (۳-۴): توزیع فراوانی بیماران در سال‌های مورد مطالعه ۸۸
- نمودار شماره (۴-۴): توزیع فراوانی بیماران برحسب ماه بستری..... ۸۸
- نمودار شماره (۵-۴): توزیع فراوانی تظاهرات بالینی براساس معیارهای ماژور جونز..... ۸۹
- نمودار شماره (۶-۴): توزیع فراوانی درگیری مفاصل ۸۹
- نمودار شماره (۷-۴): توزیع فراوانی درگیری دریچه‌ای قلب..... ۹۰

فهرست تصاویر

صفحه

عنوان

-
- شمای ۱-۲- فاکتورهای مرتبط با پاتوزنز ARF..... ۱۷
- شمای ۲-۲- نمای شماتیک واکنش‌های متقاطع بین محصولات و ترکیبات استرپتوکوک گروه A و بافت‌های پستانداران..... ۲۳
- شمای ۳-۲- نمای شماتیک حوادثی که در طی کاردیت رخ می‌دهند..... ۲۵
- شمای ۴-۲- میوکاردیال آشوف بادی..... ۲۶
- شمای ۵-۲- گرافی سینه در یک بیمار ۸ ساله دچار کاردیت حاد روماتیسمی قبل از درمان..... ۳۵
- شمای ۶-۲- گرافی سینه همان بیمار بعد از ۴ هفته..... ۳۶

خلاصه فارسی

مقدمه: تب روماتیسمی حاد (ARF) و بیماری روماتیسمی قلبی (RHD)، هنوز هم به عنوان دو مشکل عمده سلامت عمومی در ایران مطرح می‌باشند. هدف از این مطالعه گذشته‌نگر، ارزیابی خصوصیات ARF در کودکان و بالغین پذیرفته شده در بیمارستان‌های آموزشی بوعلی و علی‌اصغر(ع) در طی ۱۲ سال گذشته می‌باشد.

مواد و روش‌ها: تمام داده‌ها براساس پرونده بیماران که از فروردین ۱۳۷۳ لغایت اسفند ۱۳۸۴، با تشخیص نهایی ARF از مراکز درمانی فوق ترخیص شده بودند، از واحد مدارک پزشکی استخراج شد. تشخیص ARF تنها زمانی تأیید می‌شد که بیماران کرایتریاهای اصلاح شده جونز را پر می‌کردند. علائم و نشانه‌ها و دیگر خصوصیات بیماری، در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت و یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: براساس کرایتریاهای جونز، ۷۲ بیمار وارد مطالعه شدند. ۵۹ مورد (۸۲٪)، اولین حمله و ۱۳ مورد (۱۸٪) حملات عود بودند. نسبت ابتلای مؤنث به مذکر، ۴ به ۵ بود. میانگین سنی بیماران $7/4 \pm 15/6$ (mean \pm SD) سال بود. سن بیماران از ۳ تا ۴۰ سال متغیر بود. گروهی که در بالاترین خطر ابتلا قرار داشتند، کودکان و بالغین جوان ۵ تا ۲۰ ساله بودند. (۵۹ بیمار) پیک بروز RF در بهار و به دنبال پیک بروز فارنژیت استرپتوکوکی بود. تمام بیماران سابقه عفونت دستگاه تنفسی فوقانی را در چند هفته قبل داشتند. سابقه فامیلی مثبت RHD /RF در ۵ مورد (۶/۹٪) وجود داشت. عمده‌ترین تظاهرات بالینی، پلی‌آرتریت (۸/۸٪)، کاردیت (۷۳/۶٪)، اریتم مارژیناتوم (۲/۸٪) و کره (۱/۴٪) بودند.

تعداد مفاصل درگیر، در ۱ مورد ۱ مفصل، در ۵۰ مورد، ۲-۵ و در ۱۳ مورد ۶-۱۰ مفصل بود. مفاصل زانو و مچ پا شایع‌ترین مفاصل درگیر بودند. آرتریت آتپیک در ۲۲ مورد (۳۴/۳٪) از ۶۴ مورد آرتریت دیده شد. (منو آرتریت در ۱ مورد، درگیری فقرات گردنی در ۵، هیپ در ۱۰ و مفاصل کوچک دست‌ها در ۷ مورد).

نارسایی دریچه میترال شایع‌ترین درگیری دریچه‌ای قلب بود. (۱۹ مورد) نارسایی احتقانی قلب در ۸ مورد (۱۱/۱٪) دیده شد.

اریتم مارژیناتوم در ۲ بیمار مؤنث ۵ و ۱۵ ساله و کره فقط در یک بیمار مؤنث ۱۳ ساله دیده شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: آرتریت و کاردیت شایع‌ترین تظاهرات بالینی در حملات اولیه و عود ARF بودند. آرتریت آتپیک در تعداد قابل توجهی از حملات ARF وجود داشت و نارسایی میترال، شایع‌ترین درگیری دریچه‌ای بود.

واژه‌های کلیدی: تب روماتیسمی، پلی‌آرتریت، پان کاردیت، اریتم مارژیناتوم، کره‌سیدنهام،

اردبیل.

تعریف واژه‌ها:

تب روماتیسمی:

بیماری بافت هم‌بندی بعد از عفونت استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A در گلو (فارنژیت استرپتوکوکی) که بعد از یک دوره کمون ۳ هفته‌ای، به صورت یک واکنش التهابی، مفاصل، قلب، پوست، مغز و دیگر بافت‌های بدن را درگیر می‌کند.

پان‌کاردیت:

التهاب فعال اندوکارد، میوکارد و پری‌کارد که در جریان ARF رخ می‌دهد. درگیری دریچه‌ای تقریباً همیشه وجود دارد.

پلی‌آرتریت مهاجر:

محدودیت حرکتی و تورم در مفصل با یا بدون درد، اریتم و گرمی که حالت مهاجر داشته و به صورت تبییک مفاصل بزرگ محیطی را درگیر می‌کند.

کره سیدنهام:

حرکات غیرارادی خصوصاً در صورت و اندام‌ها که ممکن است با ضعف عضلانی، اختلال در تکلم و راه رفتن و... همراهی داشته باشد.

اریتم مارژیناتوم:

راش ماکولار اریتماتو با مرکز رنگ‌پریده، با قطر یک اینچ که بدون خارش بوده و در تنه و پروگزیمال اندام‌ها دیده می‌شود.

ندول‌های زیرجلدی:

ندول‌های سفت با قطر ۲-۵/۰ سانتی‌متر در سطوح اکستانسور مفاصل (خصوصاً زانو، آرنج و مچ) و نزدیک برآمدگی‌های استخوانی که بدون درد بوده و قابلیت تحرک دارند.

مقدمه:

در سراسر جهان، تب روماتیسمی (RF) شایع‌ترین علت بیماری قلبی اکتسابی در کودکان و بالغین جوان است (۱).

علی‌رغم کاهش قابل توجه شیوع این بیماری در طی شش دهه اخیر در ایالات متحده و کشورهای صنعتی جهان، در کشورهای در حال توسعه که دو سوم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، بروز این بیماری همچنان بالا است و عفونت‌های استرپتوکوکی، تب روماتیسمی و بیماری روماتیسمی قلب (RHD) هنوز هم به عنوان مشکل بسیار مهم سلامت عمومی باقی مانده است (۲ و ۱).

تب روماتیسمی حاد (ARF) به عنوان یک بیماری بافت هم‌بندی بعد از عفونت در نظر گرفته می‌شود. تظاهرات بالینی ARF، به دنبال فارنژیت استرپتوکوکی بتا همولیتیک گروه A و بعد از یک دوره نهفته ۳ هفته‌ای بروز می‌کند. در این دوره نهفته فرد بدون علامت است. پس از آن فرایند روماتیسمی، خود را به صورت یک واکنش التهابی نشان می‌دهد که ارگان‌های مختلف را درگیر می‌کند (۱).

کاهش شیوع تب روماتیسمی حاد و کاهش بروز RHD در کشورهای صنعتی، این باور غلط را در پزشکان و مسؤولان سلامت عمومی ایجاد کرده است که این بیماری دیگر به عنوان مشکل محسوب نمی‌شود. اما بروز غیرمنتظره و پراکنده ARF در بزرگسالان و کودکان در آمریکای شمالی که در دهه ۱۹۸۰ رخ داد، مؤید توانایی بروز این بیماری بالقوه خطرناک و ایجاد مشکلات مهم سلامت عمومی است. داروهای ضد میکروبی و دیگر تدابیر بهداشت عمومی تاثیر کاملی در کنترل ARF در کشورهای صنعتی و غیرصنعتی جهان نداشته است (۲). در مبتلایان به فارنژیت استرپتوکوکی گروه A، با درمان پروفیلاکتیک اولیه، می‌توان از ابتلا